

05/2023

PROFESSIONS DE SANTÉ GESUNDHEITSBERUFE



**Responsabilité civile professionnelle et
assistance juridique**

Berufshaftpflicht und Rechtshilfe



Responsabilité civile professionnelle et assistance juridique pour les professions de santé

En tant que membre du LCGB, vous pouvez bénéficier d'une couverture responsabilité civile professionnelle ainsi que d'une assistance juridique (défense et recours*).

Cette assurance s'applique à l'assuré étant titulaire du diplôme requis et, le cas échéant, des autorisations obligatoires pour exercer sa profession de santé au Grand-Duché de Luxembourg. L'assuré doit être actif dans cette profession sur le territoire luxembourgeois. Ne sont pas couverts les sages-femmes.

*Dans les limites accordées par le contrat.

Cette assurance englobe :

1 Une responsabilité civile professionnelle
(non cumulable avec la responsabilité civile privée)

2 Une assistance juridique pour la défense en matière du Code pénal
(cumulable avec l'assistance juridique réalisée à titre privé)

Honoraires d'avocat

Frais de justice

Tous les frais incombant à une opposition, un appel ou une révision

Berufshaftpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

Als LCGB-Mitglied können Sie von einer Berufshaftpflicht und einer Rechtshilfe profitieren (Verteidigung und Berufung*).

Diese Versicherung gilt für all diejenigen, die ein entsprechendes Diplom haben und die erforderlichen Berechtigungen, um einen Gesundheitsberuf in Luxemburg auszuüben. Der Versicherte muss aktiv in einem Gesundheitsberuf im Großherzogtum Luxemburg tätig sein. Hebammen sind von dieser Versicherung ausgeschlossen.

*Im Rahmen der Vertragsbedingungen

Diese Versicherung deckt folgende Aspekte ab:

1 Die Berufshaftpflicht
(nicht mit der privaten Haftpflicht kombinierbar)

2 Rechtshilfe im Falle einer Strafanzeige
(mit der privaten Rechtsschutzversicherung kombinierbar)

Anwalts honorare

Gerichtskosten

Alle Kosten, im Falle eines Einspruchs, einer Berufung oder einer Revision



LCGB INFO-CENTER

☎ +352 49 94 24-222

Lu-Ve/Mo-Fr (sauf mercredi après-midi/außer Mittwochnachmittag)
8:30 – 12:00 et/und 13:00 – 17:00

✉ infocenter@lrgb.lu



LCGB-GESUNDHEIT, PFLEGE UND SOZIO-EDUKATIVE BERUFE

Berufshaftpflicht und Rechtshilfe für Gesundheitsberufe

Da es sich um eine persönliche Versicherung handelt, müssen Sie das untenstehende Formular ausfüllen:

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße:

PLZ: Ort:

Land:

Tel. / Mobil: E-Mail:

LCGB-Mitgliedsnummer (falls vorhanden):

Arbeitgeber:

Beruf / Funktion:
(Geben Sie bitte die genaue Bezeichnung an)

Teilen Sie uns bitte jede Änderung der Anschrift, des Arbeitgebers und des Berufes so schnell wie möglich mit.

Um Anspruch auf diese Versicherung zu haben, müssen Sie LCGB-Mitglied sein und den vollen Mitgliedsbeitrag von 21 € pro Monat bezahlen (Versicherung im Betrag mit eingeschlossen). Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Statuten des LCGB zur Kenntnis genommen zu haben, den Inhalt verstanden zu haben sowie den Regeln und Grundsätzen zuzustimmen.

Ausgeführt in , **am**, **Unterschrift**

Mit untenstehender Unterschrift, erlauben Sie dem LCGB, Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten zu verarbeiten (seit dem 25. Mai 2018 gültige EU-Verordnung 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr). Weitere Informationen zur Nutzung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in den allgemeinen Bestimmungen unter www.lcgb.lu.

LCGB
Céline CONTER
B.P. 1208
L-1012 Luxembourg

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an



LCGB - Mitgliederverwaltung
BP 1208 • L-1012 Luxembourg
☎ +352 49 94 24-410 /-412
✉ membres@lcgb.lu

WWW.LCGB.LU | [f](https://www.facebook.com/LCGB.LU) LCGB.LU | [i](https://www.instagram.com/LCGB.LU) @LCGB_Luxembourg | [y](https://www.youtube.com/channel/UC...) lcgb_luxembourg

BEITRITTSERKLÄRUNG

FORMULAR BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Ich Unterzeichneme(r):

Name:

Vorname:

Straße: N°:

Postleitzahl: Wohnort: Land:

Geburtsdatum: /TAG /MONAT /JAHR Endziffern CNS-Kennm°:

Geburtsort: Nationalität:

Privattelefon: Private E-Mail:

Arbeitgeber Name:

Adresse: (Strasse / Postleitzahl / Ort)

(wird vom LCGB ausgefüllt)

Zusätzlicher Beitritt

CSC
(für belgische Grenzgänger)

Statut

Arbeitnehmer - manuelle Tätigkeit Student

Arbeitnehmer - admin. und tech. Tätigkeit Auszubildender

Beamter Rentner

aktuell arbeitslos

Werber

Name:

Vorname:

LCGB N°:

Arbeitgeber:

Code BIC/SWIFT:

IBAN:

Wiederholender Bankeinzug: monatlich halbjährlich jährlich

Mandat Core Sepa Direct Debit

(inklusive eines ermäßigten Beitrags STARTER in Höhe von 14,60 €/Monat für das 1. Jahr Mitgliedschaft)

Mit der Unterschrift des Formulars für das SDD-CORE Mandat ermächtigen Sie den LCGB die Instruktionen zwecks Kontenbelastung an Ihre Bank weiterzugeben sowie Ihre Bank, Ihr Konto gemäß LCGB-Instruktionen zu belasten.

Sie profitieren von einem Rückzahlungsrecht seitens Ihrer Bank. Eine Anfrage für die Rückzahlung sollte erfolgen:

- innerhalb von 8 Wochen ab dem Kontenbelastungsdatum;
- innerhalb von 13 Monaten ab dem Kontenbelastungsdatum für eine nicht autorisierte Abbuchung.

Zahlungsempfänger

LCGB / I. I. rue du Commerce / L-1351 LUXEMBOURG

Identifikationsnummer

LU47ZZZ000000008699001001

Ich bestätige hiermit, dass ich die Statuten des LCGB zur Kenntnis genommen, den Inhalt verstanden habe sowie den Regeln und Grundsätzen zustimme.

Mit untenstehender Unterschrift, erlauben Sie dem LCGB und der LUXMILL Mutuelle Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten zu verarbeiten (seit dem 25. Mai 2018 gültige EU-Verordnung 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr). Weitere Informationen zur Nutzung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in den allgemeinen Bestimmungen unter www.lcgb.lu.

Ausgeführt in , am

Unterschrift